

.....  
Miejscowość, data

**Dyrektor  
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego  
im. Jana Mikulicza-Radeckiego  
ul. Borowska 213  
50-556 Wrocław**

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

### Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni: .....
- okres leczenia: .....

### Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym
- 2) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 30 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

### POTWIERDZENIE WPLYWU:

Data: .....

Podpis pracownika: .....

## POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - o upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

## POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:  
(rodzaj i numer dokumentu)

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację